

Mi Plan de Acción Para el Cuidado del Corazón

Mi nombre:

Fecha:

Mi dirección:

Nombre de mi médico o clínica:

Teléfono de mi médico o clínica:

Si tengo una emergencia, comuníquese con esta persona (llame a pariente o amigo):

(Nombre)

(Teléfono)

Teléfono de **Your Healthcare Plus**: 1-800-973-6792

Lo que debo hacer para ayudar a mantener la buena salud de mi corazón:

1. No debo fumar.
2. Debo hacer ejercicio o estar activo _____ veces cada semana, durante _____ minutos cada día.
3. Debo comer menos comidas con grasa, como carne roja (de res), leche entera y otros productos lácteos, comidas rápidas, piel y grasa del pollo, tocino o tocineta y salchichas.
4. Debo comer menos comidas con sal, como carnes curadas o fiambres embutidos, sopas en lata, salsas, conservas, aceitunas y aderezos para ensalada.
5. No debo agregarle sal a la comida cuando la como o la preparo.
6. Debo perder peso, si es lo que el médico me recomienda.



Debo hacer estas cosas si tengo dolor de pecho (angina):

1. Debo dejar lo que estoy haciendo y parar para descansar.
2. Debo sentarme o acostarme.
3. Debo tomar la medicina de nitroglicerina.
 - Debo tomar una píldora, o dosis de aerosol y esperar cinco minutos.
 - Si todavía siento dolor, debo tomar otra píldora, o dosis de aerosol y esperar cinco minutos.
 - Si todavía siento dolor, debo tomar una píldora más, o dosis de aerosol y esperar cinco minutos.
 - Si ya tomé la nitroglicerina tres veces y todavía siento dolor, debo (pregúntele a su médico cómo llenar esta parte):

Your **Healthcare Plus**™

La Mejor Ayuda para Mejorar su Salud

Un beneficio gratuito del

iHFS ILLINOIS DEPARTMENT OF
Healthcare and
Family Services

©2006 McKesson Health Solutions LLC. Todos los derechos reservados.

Your Healthcare Plus™ es marca registrada del Estado de Illinois.
Impreso con autorización del Estado de Illinois.
ILCADAP_SP1006_67615 1000

Otras cosas que debo hacer:

1. Debo llamar al médico si tengo latidos rápidos o palpitaciones durante 5 minutos o más.
2. Debo llamar al médico si me falta el aire o el aliento.
3. Debo decirle al médico si tengo problemas con las medicinas.
4. Debo saber la fecha de vencimiento de mis medicinas con nitroglicerina.
(Escriba la fecha que dice en la etiqueta y obtenga la nueva medicina antes de esa fecha.): _____
5. Debo llamar al médico si aumento más de _____ libras en una semana.

Debo obtener ayuda INMEDIATAMENTE si:

1. Me siento débil o siento hormigueo en un lado del cuerpo.
2. No puedo hablar, caminar o pensar claramente.
3. Siento mareos, o que estoy por desmayarme o perder el conocimiento.

Mis medicinas:

Nombre de la medicina	Qué cantidad debo tomar	Con qué frecuencia debo tomar esta medicina	Esta medicina es para:

Debo hacerle estas preguntas al médico:

1. ¿Debo tomar una aspirina diariamente? Sí No
2. ¿Debo tomar una aspirina si me duele el pecho? Sí No
3. ¿Debo tomar un betabloqueante para proteger mi corazón? Sí No
4. ¿Debo tomar un inhibidor de ACE para proteger mi corazón? Sí No
5. ¿Debo vacunarme contra la gripe (influenza) cada año en el otoño? Sí No
6. ¿Ya me han vacunado contra la pulmonía? Sí No
7. ¿Cuál es la presión sanguínea que debo tener? _____ / _____
8. ¿Cuál es mi presión sanguínea?



Fecha de la revisión:								
Lectura:	/	/	/	/	/	/	/	/

9. ¿Cuál debería ser mi nivel de colesterol LDL (malo)? _____

¿Cuál fue mi nivel más reciente de colesterol LDL? _____